

# Participantes Humanos

Requerida para todas las investigaciones que involucren participantes humanos y **no se realicen en un Instituto de Investigación Regulada**. Si se realiza en un Instituto de Investigación Regulada, utilice los formatos institucionales de aprobación para documentar la revisión y aprobación previa.

(Aprobación del CRI necesaria previa al reclutamiento de participantes humanos y recolección de sus datos).

--	--

Nombre(s) del(los) estudiante(s)

Título del Proyecto

Nombre del Asesor

Teléfono/Correo electrónico

**Debe completarse por el Estudiante(s) en colaboración con el Asesor/Supervisor Designado/Científico Calificado:**

1.  He presentado mi Plan de Investigación que aborda TODAS las áreas indicadas en la Sección de Participantes Humanos de las Instrucciones del Plan de Investigación.
2.  He adjuntado cualquier encuesta o cuestionario que usaré en mi proyecto u otros documentos proporcionados a participantes humanos.
  - Cualquier instrumento publicado fue/fueron legalmente obtenidos
3.  He adjuntado un consentimiento de humano informado que usaría si fuera requerido por el CRI.
4.  Sí       No ¿Estás trabajando con un Científico Calificado? En caso de responder si, adjunta el Formato 2.

**EN ADELANTE – USOEXCLUSIVO DEL CRI**

**Debe ser completado por el CRI después de revisar el plan de investigación. Todas las preguntas deben ser contestadas para que la aprobación sea válida. (Si no es aprobado, regresar los papeles al estudiante con instrucciones para ser modificado.)**

Aprobado con la Revisión del Comité Completo (3 firmas requeridas) y las siguientes condiciones: (las 6 deben ser respondidas)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1. Nivel de Riesgo (seleccione uno)  | <input type="checkbox"/> Riesgo Mínimo | <input type="checkbox"/> Más que Riesgo Mínimo  |
| 2. Requiere Científico Calificado (y Formato 2)  | <input type="checkbox"/> Sí            | <input type="checkbox"/> No   |
| 3. Requiere Supervisor Designado (y Formato 3)   | <input type="checkbox"/> Sí            | <input type="checkbox"/> No   |
| 4. Asentimiento de Menor por Escrito requerido para participantes menores de edad:             |  |   |
| <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No            | <input type="checkbox"/> No aplica (no hay menores en este estudio)                       |
| 5. Permiso de los Padres por Escrito requerido para participantes menores de edad:             |  |   |
| <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No            | <input type="checkbox"/> No aplica (no hay menores en este estudio)                       |
| 6. Consentimiento de Humano Informado por Escrito requerido para participantes de 18 o mayores |  |   |
| <input type="checkbox"/> Sí  | <input type="checkbox"/> No            | <input type="checkbox"/> No aplica (no hay participantes de 18 o mayores en este estudio) |

**Las 3 firmas del CRI son requeridas.** Ninguno de estos adultos puede ser el adulto mentor, supervisor designado, científico calificado o familiar (ej. madre, padre) del estudiante (conflicto de interés).

**Apruebo que he revisado el proyecto del estudiante, que las casillas de arriba han sido completadas para indicar la determinación del CRI y estoy de acuerdo con las decisiones marcadas.**

**EDUCADOR**

Nombre

Firma

Grado Académico

Fecha de Aprobación (previa a la experimentación)

**ADMINISTRATIVO DE LA ESCUELA**

Nombre Impreso

Firma

Grado Académico/Licencia Profesional

Fecha de Aprobación (previa a la experimentación)

**MÉDICO O PROFESIONAL DE SALUD MENTAL (un psicólogo, medico, trabajador social certificado, profesional clínico consejero certificado, asistente de médico, o enfermera registrada)**

Nombre

Firma

Grado Académico/Licencia Profesional

Fecha de Aprobación (previa a la experimentación)